

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 71

---

Contribution à l'étude d'une incision  
en volet donnant  
un large abord sur l'estomac

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Janvier 1922

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

**Marcel ROCLORE**

NÉ A SAULIEU (COTE-D'OR)

LE 25 AOUT 1897.



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

---

1921



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41546427\\_0012](https://archive.org/details/IA41546427_0012)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 71

---

Contribution à l'étude d'une incision  
en volet donnant  
un large abord sur l'estomac

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Janvier 1922

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

**Marcel ROCLORE**

NÉ A SAULIEU (COTE-D'OR)

LE 25 AOUT 1897.



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

---

1921

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE. . . . . M. HUGOUNENQ

DOYEN. . . . . MM. J. LEPINE  
ASSESEUR. . . . . ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES  
MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE,  
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

## PROFESSEURS

|                                                             |                |
|-------------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                               | MM. TEISSIER   |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                           | ROQUE          |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .            | BARD           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                          | TIXIER         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .   | BERARD         |
| Clinique neurologique et psychiatrique . . . . .            | X.             |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                 | ROLLET         |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                  | NICOLAS        |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . . .                 | LEPINE (J.)    |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .         | WEILL          |
| Clinique chirurgicale des maladies des enfants . . . . .    | POLLOSSON (A.) |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie . . . . . | LANNOIS        |
| Chimie biologique . . . . .                                 | ROCHET         |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                   | NOVE-JOSSERAND |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                     | CLUZET         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .      | HUGOUNENQ      |
| Anatomie . . . . .                                          | MOREL          |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                   | MOREAU         |
| Physiologie . . . . .                                       | GUIART         |
| Pathologie interne . . . . .                                | LATARJET       |
| Pathologie et Thérapeutiques générales . . . . .            | POLICARD       |
| Anatomie pathologique . . . . .                             | DOYON          |
| Médecine opératoire . . . . .                               | COLLET         |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .                | MOURIQUAND     |
| Médecine légale . . . . .                                   | PAVIOT         |
| Hygiène . . . . .                                           | VILLARD        |
| Thérapeutique . . . . .                                     | ARLOING (F.)   |
| Pharmacologie . . . . .                                     | ETIENNE MARTIN |
|                                                             | COURMONT (P.)  |
|                                                             | PIC            |
|                                                             | FLORENCE (A.)  |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                                    |            |
|----------------------------------------------------|------------|
| Chargés d'un cours de Pathologie externe . . . . . | VALLAS     |
| — — — Propédeutique de gynécologie . . . . .       | CONDAMIN   |
| — — — Chimie minérale . . . . .                    | BARRAL     |
| — — — Accouchements . . . . .                      | COMMANDEUR |
| — — — Urologie . . . . .                           | GAYET      |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| Anatomie topographique . . . . . | PATEL      |
| Botanique . . . . .              | BRETIN     |
| Embryologie . . . . .            | HOVELACQUE |
| Stomatologie . . . . .           | TELLIER    |

## AGRÉGÉS

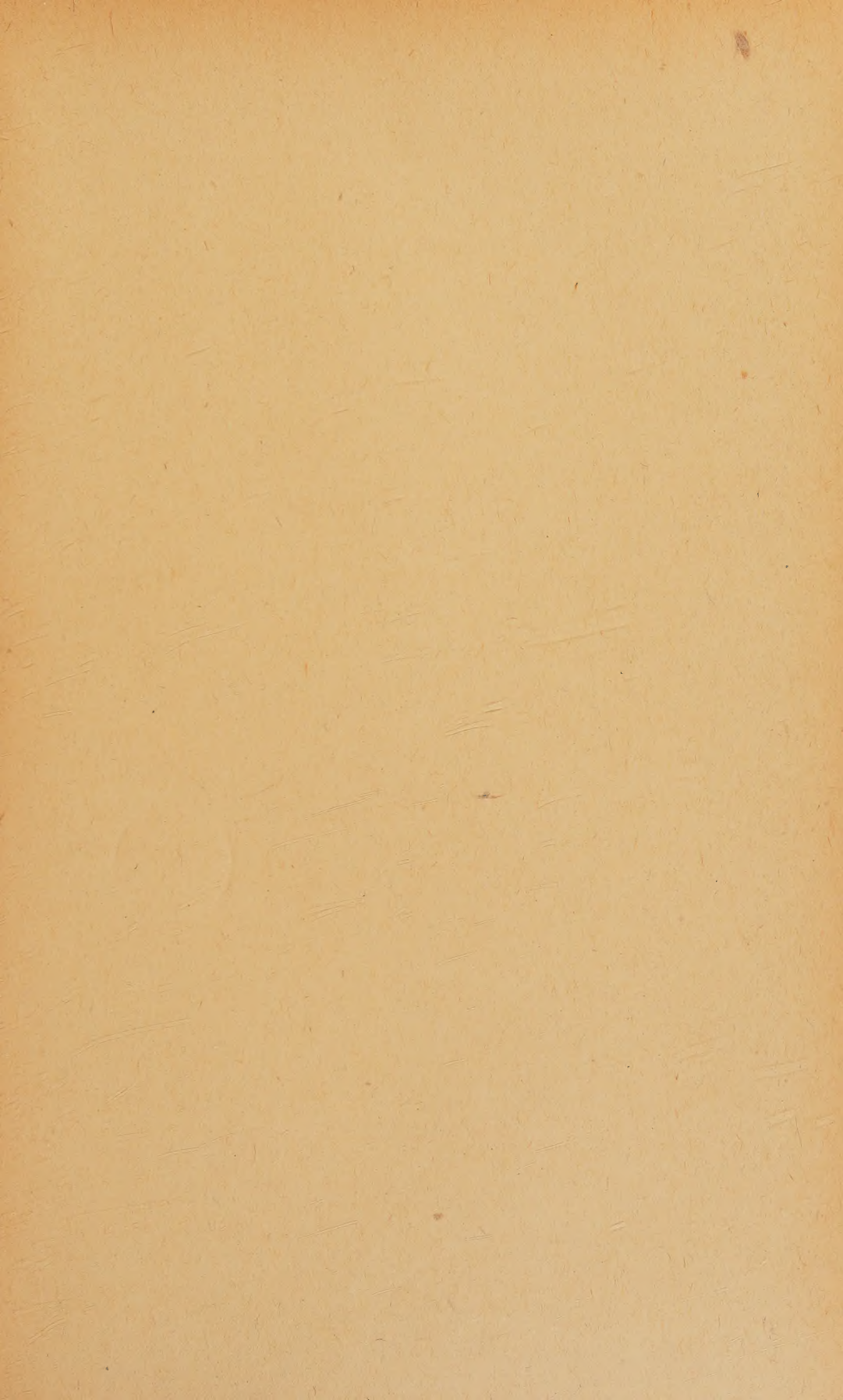
|                 |                   |               |                                   |
|-----------------|-------------------|---------------|-----------------------------------|
| MM.             | MM.               | MM.           | MM.                               |
| NOGIER          | GARIN             | DUROUX        | CORDIER                           |
| BRETIN          | SAVY              | HOVELACQUE    | ROUBIER                           |
| LERICHE         | FROMENT           | TRILLAT       | FAVRE                             |
| THEVENOT (Léon) | THEVENOT (Lucien) | SARVONAT      | MURARD                            |
| TAVERNIER       | PIERY             | FLORENCE (G.) | BONNET                            |
| CADE            | COTTE             | ROCHAIX       | GRAVIER, chargé<br>des fonctions. |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, Président; THÉVENOT Léon, Assesseur;  
MM. TAVERNIER, DUROUX, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.





A MON GRAND-PÈRE, LE DOCTEUR COURTOIS,

QUI FUT MON PREMIER MAÎTRE

ET LE MODÈLE DES PLUS BELLES QUALITÉS MÉDICALES

*Hommage de grande et profonde affection.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

*Faible témoignage d'infinie reconnaissance et de vive affection.*

A MA FIANCÉE,

A MES PARENTS,

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

*MEIS ET AMICIS.*



A M. LE DOCTEUR LECLERC,  
PROFESSEUR ADJOINT DE CLINIQUE CHIRURGICALE  
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

Qui fut l'inspirateur de ce travail  
et nous a toujours aidé de ses conseils  
et fait profiter de sa grande expérience pratique.  
*Hommage de gratitude et de sincère reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR JEAN DEROYE,  
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE  
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

Qui fut toujours pour nous le maître et l'ami.  
Nous le remercions profondément pour tous les titres  
qu'il s'est acquis à notre reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR BÉRARD,  
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

*En hommage de profond respect et de remerciements  
pour le grand honneur qu'il nous a fait  
en acceptant la présidence de cette thèse.*

A MES JUGES,



A LA MÉMOIRE DE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEROYE,  
ANCIEN DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

MONSIEUR LE DOCTEUR FERRY,  
de qui nous fûmes l'assistant et  
qui nous prodigua tant de sages conseils.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
ET DE L'HÔPITAL DE DIJON

MM. LES PROFESSEURS PETITJEAN, J. DEROYE,  
PARIZOT, LECLERC;

MM. LES DOCTEURS BRENOT, GAUDEMET,  
de qui nous fûmes l'interne.

MM. LES PROFESSEURS BROUSSELE, GAULT,  
ZIPFEL, BARON ;

MM. LES DOCTEURS GUÉRAIN, GREMEAUX,  
LONGIN, LUCIEN, BLANC, BERNOT,  
ROUX, BEL, MÉGRET,

A MES AUTRES MAÎTRES,

*Hommage de toute ma gratitude  
et de ma bien sincère reconnaissance.*



# INTRODUCTION

---

Etant interne dans le service du docteur Leclerc, nous eûmes souvent l'occasion de l'assister dans des interventions variées sur l'abdomen et nous fûmes surpris de le voir employer de nombreuses fois des incisions transversales pour ses laparotomies. Nous n'avions jamais eu l'occasion auparavant et à part la classique incision de Pfannenstiel de voir intervenir par des incisions transversales.

Interrogé par nous, notre Maître nous dit avoir eu toujours beaucoup de satisfaction de ces genres d'incisions présentant dans beaucoup de cas des avantages indéniables sur les incisions longitudinales.

Il nous suggéra même à ce sujet de faire un travail d'ensemble sur les incisions transversales dans la chirurgie de l'abdomen.

Ce n'est que secondairement que nous vîmes le docteur Leclerc employer pour ses interventions sur l'estomac, une nouvelle incision qui lui donna des satisfactions que ne lui avaient procurées ni l'incision longitudinale, ni la transversale.

Des recherches nombreuses, tant dans les ouvrages de technique chirurgicale, dans les revues médicales que dans les communications aux Sociétés de Chirurgie et dans les thèses ne nous montrèrent traces de travaux au sujet d'une semblable incision. C'est pour-

quoi il nous parut plus intéressant de nous attacher à l'étude de cette seule incision.

Mais à ce sujet, les recherches entreprises pour notre premier travail d'ensemble nous furent du plus grand intérêt et notre bibliographie sera surtout enrichie par les travaux publiés antérieurement sur les incisions transversales en chirurgie de l'abdomen.

Pour la partie spéciale ayant trait uniquement à la nouvelle incision employée par notre Maître dans ses interventions sur l'estomac, elle est dûe toute entière, et nous nous plaçons à le faire remarquer, à l'esprit de recherche et à la grande expérience pratique du docteur Leclerc.

---

## CHAPITRE I

### Les incisions ordinairement employées

Dans la chirurgie de l'abdomen, qu'il s'agisse de la portion sus-ombilicale ou de la portion sous-ombilicale, on a l'habitude de se servir de préférence d'incisions longitudinales parallèles à l'axe du corps. Ce choix paraît être dicté autant par une sorte de routine que par le souci de ménager l'intégrité des muscles droits. Cependant, de longue date, on a employé en gynécologie une incision transversale, le Pfannenstiël, donnant des résultats parfaits au point de vue esthétique et de bons résultats dans la suite quant à la solidité de la paroi.

Dans l'étage sus-ombilical, les incisions transversales deviennent plus rares. On a coutume d'employer plus couramment, nous dirons presque classiquement pour la chirurgie de l'estomac, les incisions longitudinales. Tout d'abord l'incision médiane permettant de passer entre les muscles droits présentant l'avantage indéniable d'être pour ainsi dire exsangue, pourvu qu'on ait la précaution, pour éviter la faux du péritoine, de rester un peu à gauche de la ligne médiane. De plus, les lèvres de la plaie se laissent écarter relativement facilement, permettant un accès sinon large, du moins suffisant sur l'estomac dans le cas où l'intervention se limite à une simple gastro-anastomose. Disons tout de suite qu'elle a l'inconvénient de conduire plus près du pyllore que du cardia (Hart-

mann) et que l'on est vraiment gêné si l'on veut un abord large sur l'estomac à moins de l'étendre considérablement en bas, ce qui, alors, a l'inconvénient de donner issue à presque toute la masse intestinale qui gêne beaucoup le travail ultérieur. Signalons encore un autre gros inconvénient de cette incision : la fermeture du ventre est difficile et mauvaise, on ne peut pas faire un plan péritonéal solide et les éventrations sont fréquentes.

L'incision longitudinale latérale passant sur le bord externe du droit ou à travers le muscle présente les mêmes inconvénients ; en outre, elle sectionne presque fatalement quelques filets moteurs du muscle et entraîne une paralysie partielle de ce muscle.

L'incision oblique (L. Labbé) parallèle au rebord costal gauche à 2 centimètres au-dessous de lui hérite pour ainsi dire des inconvénients à la fois des incisions longitudinales et des transversales sans avoir des avantages bien sérieux ni sur les unes, ni sur les autres. Cette incision d'ailleurs, sachons le reconnaître n'a été créée et employée que pour des interventions limitées n'exigeant pas une très grande largeur de vue.

Restent les incisions transversales dont le choix dépend de la nature de la lésion stomacale que l'on a en vue. « S'il s'agit du pylore, on fait une incision du côté droit de la ligne médiane, et on sectionne complètement le muscle droit correspondant. L'on fait ainsi aisément une pylorectomie. Si la tumeur est volumineuse, on agrandit l'incision en coupant transversalement la ligne blanche, écartant ainsi les muscles

du côté gauche. S'il s'agit d'une résection large de l'estomac, il faut couper les deux muscles droits. On ouvre ainsi largement l'abdomen et on peut faire aisément les opérations les plus étendues. Je n'ai rencontré de difficulté que pour les ulcères ou tumeurs de la petite courbure adhérents vers le haut au foie ou à la paroi abdominale. Dans ce cas, j'ai été obligé d'ajouter à mon incision transversale une incision médiane se dirigeant vers l'appendice xyphoïde. Je pense que dans des cas semblables, il vaut mieux renoncer à l'incision transversale en faveur de l'incision habituelle sur la ligne médiane».

Telle est l'opinion exprimée sur la question par M. Verhoogen dans une communication au Congrès de chirurgie de 1913 sur les incisions transversales dans la chirurgie de l'abdomen.

Nous retiendrons seulement la partie de cette opinion ayant trait aux résections larges de l'estomac, en un mot aux cas où l'on désire avoir une vue étendue sur cet organe.

Dans ce cas, l'incision transversale sectionnant les deux muscles droits paraît devoir être parfaite. En réalité, les lèvres de la plaie se laissent difficilement écarter et nous avons vu qu'étant bridée vers le haut elle ne donnait pas vers la petite courbure un accès suffisant et que l'on était obligé dans certains cas d'ajouter une incision longitudinale vers l'appendice xyphoïde et par conséquent hériter ainsi des inconvénients des deux genres d'incisions, sans compter avec le caractère vraiment inesthétique d'une cicatrice ultérieure et une solidité bien amoindrie de la paroi.

Le docteur Leclerc qui l'a employée autrefois, à plusieurs reprises, l'a abandonnée parce qu'il a trouvé qu'elle donnait un jour un peu étroit et surtout qu'elle ne découvrait l'étage sus-ombilical que sur un seul plan ; tout de qui était au-dessus ou au dessous de ce plan restant d'accès difficile.

Et c'est pourquoi il a cherché, pour les cas où il est nécessaire d'avoir un large abord sur l'estomac, une nouvelle incision permettant de rassembler le plus d'avantages possibles avec le minimum d'inconvénients.

Avant d'aborder l'étude particulière de cette incision, il nous paraît utile et intéressant de faire une courte étude anatomique de la région.

---

## CHAPITRE II

### Étude Anatomique

La région qui nous intéresse fait partie de celle étudiée par les auteurs sous le nom de région sterno-costo-pubienne ou thoraco-pubienne.

#### Couche superficielle

La peau est mince, fine, souple et très mobile, sauf en bas au niveau de l'ombilic, où elle adhère au plan profond. Elle est généralement glabre dans toute la région qui nous intéresse. Le tissu cellulaire forme un fascia superficialis à deux feuillets entre lesquels se dispose une couche ordinairement mince de tissu adipeux qui disparaît même au niveau de l'ombilic, où la peau adhère, nous venons de le voir, au plan profond.

Dans ce tissu cellulaire sous-cutané cheminent vaisseaux et nerfs superficiels, artères de petit calibre venant des intercostales, veines ordinairement petites, mais pouvant se développer considérablement lorsqu'il existe une gêne circulatoire dans les veines caves et surtout dans la veine porte (tête de Méduse).

Les lymphatiques se rendent dans le groupe thoracique des ganglions axillaires, les nerfs sensitifs viennent des derniers intercostaux.

### Couche musculo-aponévrotique

Elle renferme les deux muscles droits contenus chacun dans une gaine, la gaine des droits.

Le grand droit est un muscle rubané, plus large en haut qu'en bas. Il naît à la partie inférieure, sur le corps du pubis, à l'aide d'un tendon quadrilatère, se porte en haut et en dehors, s'élargit et se divise pour se terminer par trois languettes terminales s'insérant sur l'appendice xyphoïde, le bord inférieur de la cinquième côte et le bord inférieur de la sixième. Ce muscle est interrompu de distance en distance par des intersections aponévrotiques très régulières d'ailleurs. (Métaméries).

De chaque côté le droit est contenu dans une gaine fibreuse formée par les tendons aponévrotiques des trois muscles larges de l'abdomen et se jetant sur la ligne blanche et s'entrecroisant avec ceux du côté opposé. Cette gaine dans notre région est ainsi formée: paroi antérieure, aponévrose du grand oblique et une partie de celle du petit oblique, paroi postérieure, l'autre partie de l'aponévrose du petit oblique et celle du transverse.

Ainsi constituée, la gaine du grand droit a la même configuration et les mêmes limites que le muscle qu'elle renferme ; le muscle est presque entièrement libre dans sa gaine dans la région sous-ombilicale ; dans la région sus-ombilicale au contraire, il est fixé à la coulisse aponévrotique, au niveau de ses intersections tendineuses.

La ligne blanche abdominale s'étend dans toute la

hauteur de notre région ; elle est formée par l'entrecroisement des tendons aponévrotiques des trois muscles larges de l'abdomen. Elle répond généralement à la ligne médiane mais peut-être un peu déviée.

L'entrecroisement des faisceaux ménage dans notre région sur toute la hauteur de la ligne blanche, un certain nombre d'orifices elliptiques ou losangiques qui laissent échapper des vaisseaux et quelques rameaux nerveux perforants. C'est par ces orifices que se produisent les hernies dites gastriques.

Dans l'épaisseur du tissu cellulaire séparant le tissu de sa gaine circulent vaisseaux et nerfs dits profonds de la région ; en haut les branches terminales de l'artère mammaire interne, en bas les branches de l'épigastrique. Après un trajet dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ces branches terminales perforent la gaine, se distribuant au muscle dans l'épaisseur duquel elles s'anastomosent. Les veines de même nom suivent le trajet des artères. Les lymphatiques se jettent dans les ganglions mammaires.

Les nerfs situés sous le muscle grand droit proviennent des derniers intercostaux et circulent entre le muscle et le feuillet postérieur de sa gaine.

En arrière du muscle grand droit et de sa gaine, nous trouvons :

Le fascia transversalis mince et cellulaire dans la portion sus-ombilicale ;

Le tissu cellulaire sous-péritonéal entre le fascia et le péritoine pariétal qui forme une couche très mince dans la partie externe de la région, plus épaisse au contraire au niveau de la ligne blanche.

Le péritoine constitue le dernier plan de la région au contact direct de la paroi postérieure de la gaine des droits; dans la partie externe; nous venons de voir qu'il est séparé, au niveau de la ligne blanche, par une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire.

Plus loin, on tombe sur le cordon fibreux résultant de l'oblitération de la veine ombilicale et qui n'est autre que le ligament rond du foie partant de l'ombilic et se dirigeant vers la face inférieure du foie.

Dans certains cas, on rencontre dans le tissu cellulaire sous-péritonéal une lamelle fibreuse, la fascia ombilicalis, très net chez certains sujets et qui s'insère à droite et à gauche sur la partie interne de la gaine des droits, passe en pont sur la face profonde de la ligne blanche dont elle reste séparée par un espace renfermant de la graisse et le cordon fibreux de la veine ombilicale. (ligament rond du foie).

Nous pouvons, dès lors que nous avons revu l'anatomie de la région, étudier de près la nouvelle incision qui est le but de notre travail.

### CHAPITRE III

#### **L'incision transversale en volet**

Il s'agit d'une incision courbe décrivant un arc de cercle à peu près régulier, permettant de rabattre en quelque sorte un volet concave en bas, donnant accès sur toute la partie sus-ombilicale de l'abdomen.

Voyons plus exactement son tracé :

Elle part sur le bord externe d'un des muscles droits à deux doigts au-dessous du bord des fausses côtes et suivant d'une façon à peu près régulière la courbe générale décrite par les fausses côtes et les derniers cartilages costaux, passant par conséquent à son sommet à deux doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde, puis s'infléchissant, suit du côté opposé la même trajectoire pour aboutir symétriquement par rapport à l'axe du corps, sur le bord externe du muscle droit opposé.

En étudiant cette incision, il nous avait tout d'abord paru intéressant de faire une distinction et de modifier le tracé sus-indiqué dans les cas où l'on avait à faire à un estomac abaissé, dilaté, en cas de sténose pylorique, par exemple. Il semblait, alors, qu'il y avait avantage à abaisser sensiblement le trajet de l'incision, sa forme générale restant la même. Comme actuellement on intervient guère sur un estomac sans être fixé par la radio en particulier sur sa situation, il nous semblait facile de faire une incision plus ou moins haute à bon escient, sachant à l'avance si l'on avait à faire à un estomac normal ou ptosé.

En réalité l'étude plus approfondie sur le cadavre nous a montré qu'il était préférable de ne pas s'éloigner de plus de deux ou trois travers de doigts des fausses côtes et de l'appendice xyphoïde et d'employer dans tous les cas le tracé que nous avons décrit.

En effet, si l'on va plus bas, on est bridé en haut du côté de la petite courbure par la lèvre supérieure musculo-aponévrotique de l'incision: celle-ci encadrée fortement et de très près par le rebord des fausses côtes et l'appendice xyphoïde est inextensible et ne peut être réclinée d'une façon sensible même avec un fort écarteur. Si donc ayant pratiqué une incision basse on tombe contre toute attente sur un estomac fixé au foie, ou si même à l'état normal on veut opérer sur la petite courbure et le cardia, on se trouve très gêné. On pourra, il est vrai, se donner du jour en fendant la lèvre supérieure de l'incision au niveau de la ligne blanche et jusque vers l'appendice xyphoïde: mais c'est alors une incision complexe de réparation difficile et l'on perd les avantages que précisément réalise l'incision courbe.

Par contre, l'incision que nous avons décrite n'apporte aucune gêne en cas d'estomac dilaté et abaissé; celui-ci restant mobile et facilement attirable en haut et on ne risque pas d'avoir du côté de la lèvre inférieure de l'incision les mêmes inconvénients que tout à l'heure du côté de la lèvre supérieure.

Rien n'empêche d'ailleurs dans ces cas d'allonger vers les côtés l'incision, de faire un volet plus grand, partant de se libérer davantage vers le bas.

Nous considérons donc que le tracé que nous avons

décrit est le meilleur et celui qui devra être employé presque dans tous les cas.

### **Technique opératoire**

Le bistouri sectionne la peau d'un seul trait de la droite vers la gauche, décrivant un arc de cercle à sommet en haut et à grand rayon. L'on tombe alors de suite de chaque côté sur la gaine des grands droits, au milieu, sur la lame fibreuse formant la ligne blanche. Le tout est sectionné presque transversalement sans d'ailleurs qu'il se produise de rétraction sensible ni en haut ni en bas, et tout de suite l'on tombe sur le péritoine adhérent à la partie postérieure de la gaine.

L'hémostase est soigneusement faite car il arrive que dans ce temps l'on sectionne quelques branches terminales d'anastomose entre mammaire interne et épigastrique qui rampent à la face postérieure des droits, entre ceux-ci et leur gaine postérieure.

Le péritoine est alors sectionné suivant la même ligne et le ventre est ouvert. Fréquemment cependant, si l'incision a été faite assez haut, l'on tombe sur le ligament rond du foie qu'il faut sectionner sans inconvénient d'ailleurs et sans qu'il y ait la moindre hémorragie. A ce moment, l'estomac fait en quelque sorte hernie à travers l'ouverture et se présente de lui-même pour ainsi dire, et seul. La masse intestinale toute entière est retenue dans la cavité péritonéale et maintenue comme par une sangle par la paroi intacte formant la corde de l'arc de cercle représenté par l'incision.

Le travail est ainsi grandement facilité et l'estomac

tout entier est entre les mains de l'opérateur. S'il y a des adhérences vers la face inférieure du foie, l'accès sur l'hypocondre, déjà facile, peut être rendu plus large encore en allongeant tant soit peu l'incision vers le bas de ce côté, mais en suivant toujours le profil des fausses côtes.

Voyons maintenant comment doit se faire la réfection de la paroi.

Dans nos deux premières observations, la paroi a été suturée en un seul plan au crin ; le volet rabattu, les lèvres de la plaie viennent en contact sans qu'il soit nécessaire de tirer. Il n'y a rétraction — et nous le verrons plus loin — ni du péritoine adhérent, ni des droits retenus dans leurs gaines au niveau de leurs intersections aponévrotiques.

Les résultats secondaires ont été bons, la paroi est restée solide.

Ultérieurement, il a paru plus sûr encore de refaire la paroi en plusieurs plans : un plan péritonéal au catgut prenant le péritoine et la gaine postérieure des droits à laquelle il adhère ; un plan musculo-aponévrotique par des points en U au crin, amenant ainsi solidement en contact les lèvres des droits ; enfin un plan prenant la peau seule et permettant ainsi de s'attacher à une meilleure coaptation, partant d'obtenir une cicatrice beaucoup plus fine et plus esthétique.

Les résultats furent parfaits, la solidité de la paroi paraît excellente, même après des efforts de toux et de vomissements chez des sujets robustes.

Telle est la technique de l'incision à employer dans



Cicatrice d'une incision en volet



les cas ordinaires où l'on intervient sur un estomac sans grande précision sur les lésions et sur le travail que l'on aura à faire.

Voici maintenant les variantes à employer suivant les indications :

1<sup>e</sup> Dans le cas d'opération peu importante sur l'estomac ou simple regard sur les lésions, On ne coupera que partiellement les droits.

2<sup>e</sup> Si l'on est dans l'obligation de travailler sur l'hypocondre droit : on allonge de ce côté la queue de l'incision en lui faisant suivre toujours le profil des fausses côtes ; on retombe alors dans l'incision sous-costale qui tend de plus en plus maintenant à être employée pour l'abord du foie en remplacement de l'incision de Kehr et même de l'incision moins délabrante de Mayo.

3<sup>e</sup> Si c'est sur l'hypocondre gauche que l'on veut avoir accès, c'est du côté gauche et de la même façon que l'on allongera l'incision, retombant aussi dans les incisions sous-costales préconisées pour la découverte de la rate et pour l'accès sur la partie haute de la grosse tubérosité.

Entrons maintenant dans le vif de la question en faisant une discussion plus serrée sur les avantages et les inconvénients de pareilles incisions.

Voyons-en d'abord les avantages.

---

## CHAPITRE IV

### Les avantages de l'incision en volet

Au point de vue de la paroi tout d'abord et nous faisons remarquer à ce sujet qu'au point de vue anatomique notre incision représentant l'arc de cercle dont le rayon serait assez grand (il est facile de se rendre compte en effet que la courbe des fausses côtes à droite et à gauche est très peu accentuée et que le tracé de notre incision suit en réalité cette courbe), les avantages et les inconvénients seront ceux des incisions transversales en général. De cette façon, notre opinion se trouvera fortifiée par des idées plus autorisées sur la question, idées émises dans de nombreux travaux et publications de toutes sortes.

Nous trouvons dans le traité de médecine opératoire de Kocher, une planche empruntée à Langer dans laquelle est bien indiquée la direction des fibres de la peau, et nous voyons que cette direction est transversale ou presque dans toute la région qui nous intéresse. Par notre incision, la plupart de ces fibres seront respectées, d'une façon moins stricte, c'est entendu que dans les incisions vraiment transversales, mais aussi beaucoup plus que par les longitudinales, qui coupent en travers et sur une grande hauteur de nombreuses fibres du derme. Et ceci n'est pas si indifférent qu'il semble au premier abord, d'abord au point de vue facilité de réunion de la plaie cutanée, aussi et surtout au point de vue esthétique : la cicatrice sera

beaucoup plus belle, plus souple si un petit nombre seulement de fibres cutanées ont été sectionnées.

Examinons maintenant le point de vue musculaire. Et ici nous entrons dans le vif de la discussion sur les incisions transversales. Notre incision, nous l'avons vu, sectionne complètement les deux muscles droits. Il semblerait au premier abord que nous devrions ranger ce fait au chapitre des inconvénients. Oui, si le fait était seul, mais nous ne devons pas perdre de vue l'ensemble de la question et remarquer que la paroi abdominale au point de vue musculaire est en réalité formée par autre chose que les droits **qui** seuls ont une direction longitudinale, les autres muscles, le grand oblique, le petit oblique, le transverse, ont une direction transversale ou presque et la lame fibreuse prolonge ces muscles formant, comme nous l'avons vu, en se réunissant sur la ligne médiane avec celle du côté opposé, la ligne blanche et la gaine des droits, continue par ses fibres la direction transversale des fibres musculaires dont elle supporte l'action.

En résumé, de toute la sangle abdominale, seuls les droits ont une direction longitudinale et si les incisions parallèles à l'axe du corps respectent l'intégrité de ces muscles, elles coupent en réalité transversalement l'ensemble de cette sangle.

Les incisions transversales, celles que nous considérons en particulier, sectionnent en effet les muscles droits mais respectent l'intégrité de tout l'ensemble et nous verrons bien plus loin, lorsque le ventre étant ouvert, l'ensemble de la masse intestinale est rete-

nue, bridée en quelque sorte à la partie inférieure par la sangle conservée intacte.

**Réparation plus facile.** — Nous nous rendrons bien compte de ce fait lorsqu'il s'agira de refermer la paroi. Tout d'abord lorsqu'il s'agit de suturer le péritoine, nous savons quelles difficultés l'on a souvent à retrouver ses lèvres dans les incisions longitudinales classiques. Nous avons vu, en effet, que ce péritoine adhère assez intimement dans la région à la paroi postérieure de la gaine des droits ; cette gaine sectionnée longitudinalement fuit sous l'action des muscle qui la constituent, entraînant avec elle le péritoine pariétal. Dans notre cas au contraire, l'intégrité de l'ensemble de la gaine étant respectée, le péritoine ne subit plus cette rétraction et tombe facilement sous l'aiguille qui le recherche.

Tout le monde a aussi observé la difficulté qu'il y a souvent à rapprocher les plans musculaires dans les laparotomies sus-ombilicales longitudinales, en particulier chez les individus robustes dont les muscles se contractent vigoureusement et arrachent souvent secondairement les sutures ou déchirent l'aponévrose à côté même de cette suture dans des efforts de vomissements.

Que d'éventrations secondaires dans ces laparotomies sus-ombilicales médianes par écartement des droits et souvent rupture de la lame fibreuse médiane !

La fermeture de la paroi dans les incisions transversales, dans l'incision courbe en particulier, est d'une très grande facilité, le volet rabattu, les lèvres de la

plaie viennent en contact sans effort et vraiment pour qui aura vu la difficulté que l'on a à tirer de chaque côté les lèvres d'une incision longitudinale dans cette région pour les amener en contact, cette facilité ne sera pas sans compter comme un gros avantage en notre faveur. Les droits étant rigoureusement suturés, suivant la technique que nous avons indiquée, nous n'avons jamais constaté d'éventration secondaire.

**Jour plus grand.** — Mais c'est surtout lorsque le ventre est ouvert que l'on appréciera plus encore les grands avantages de l'incision en volet.

Ils sont de deux ordres :

D'une part, nous l'avons noté dans le chapitre de la technique opératoire, on est surpris de voir l'estomac tout entier, s'extérioriser tout seul, sortir de la cavité sous l'influence de la respiration et se présenter sous la main, d'où grande facilité d'exploration de tout l'organe.

Le jour est considérable, nous venons de le voir, sur l'estomac mais aussi sur les hypocondres droit et gauche, sur la face inférieure du foie et le pylore. Nous verrons dans notre observation III, combien dans ce cas cette facilité fut précieuse et permit d'extérioriser une masse (de nature indéterminée d'ailleurs), englobant l'estomac, adhérente à la vésicule biliaire et représentant le volume d'une tête d'enfant. Jamais une incision longitudinale, à moins d'un délabrement considérable de toute la partie sus et sous-ombilicale, n'aurait permis cette manœuvre. Nous ne parlons pas des difficultés que l'on aurait eues dans la fermeture,

difficultés qui n'existerent absolument pas avec l'incision courbe.

**Intestins maintenus.** — D'autre part, lorsque l'on fait une laparotomie par incision longitudinale si peu longue soit-elle, tout le monde connaît les difficultés éprouvées à maintenir la masse intestinale dans l'intérieur du ventre et la gêne occasionnée par le fait d'avoir constamment des anses qui viennent se glisser sur le champ opératoire.

La pression intestinale par le simple fait de la respiration, plus encore lorsque le malade «pousse» s'exerce en effet de bas en haut de la paroi inférieure et postérieure de la paroi abdominale vers sa paroi antérieure. Si cette paroi antérieure est sectionnée longitudinalement en un point quelconque, le résultat de cette poussée est de faire bailler les lèvres de la plaie, donnant issue aux intestins.

Lorsqu'on emploiera au contraire l'incision courbe le sens de la pression restant le même, la masse intestinale viendra buter contre une paroi intacte jusqu'au niveau même de l'incision dont elle ne fera pas bailler les lèvres et sera retenue, sanglée, par la partie de cette paroi formant la corde de l'arc de cercle représentant notre incision.

En outre, nous croyons devoir faire remarquer qu'il arrive fréquemment d'intervenir dans l'étage sus-mésocolique sans que l'on ait pu poser un diagnostic précis des lésions et que, croyant trouver une lésion de l'estomac, on trouve un duodénum malade, voire une vésicule. C'est dans ces cas que deviendra intéressant

et pratique l'incision courbe qui permettra de travailler indifféremment sur les différents organes de l'étage sus-mésocolique, la face inférieure du foie en particulier en allongeant tant soit peu vers la droite la partie correspondante de l'incision.

Et nous tenons à insister sur ce point que cette incision pratique pour la chirurgie de l'estomac est en réalité une voie d'abord large pour tout l'étage sus-mésocolique dont la pathologie est si spéciale et si étroitement liée pour tous les organes qui la constitue.

Prenons maintenant le contre-pied de la discussion et voyons ce que l'on peut reprocher à ce genre d'incisions, quelles peuvent être ses conséquences fâcheuses.

---

## CHAPITRE V

### Les inconvénients de l'incision en volet

Comme pour le chapitre précédent, nous pouvons ranger les faits en deux catégories : ceux qui ont trait à la paroi et ceux qui intéressent la deuxième partie de l'intervention, l'accès sur l'intérieur de la cavité péritonéale, et ce sera pour éloigner de prime abord cette deuxième catégorie.

Le jour est considérable, l'accès plus facile sur l'estomac que par n'importe quelle autre incision. Ceci ne peut se discuter et c'est tout avantage dans une intervention sur un organe quelconque ; le jour n'est jamais trop grand et l'on ne se plaint jamais de voir trop clair.

Reste donc la première catégorie ; et tout d'abord le reproche le plus commun, celui qui vient avant tous les autres lorsque l'on voit employer cette incision les incisions transversales en générales : « Vous coupez les droits » Nous avons déjà vu en détail ce qu'il fallait penser de ce fait. Ajoutons cependant encore une chose : l'inconvénient est moindre pour la partie sus-ombilicale, les droits sectionnés ne se rétractant pas, retenus qu'ils sont dans leurs gaines au niveau des intersections aponévrotiques, et par conséquent dans la suture de la paroi, on les retrouve facilement pour les ramener en contact.

Il n'est pas moins vrai, et nous le reconnaissons, qu'au point de vue de la solidité de la paroi pure, il

vaudrait mieux ne pas sectionner ces muscles. Mais nous croyons qu'à ce point de vue les résultats obtenus sont au moins aussi bons que par les incisions longitudinales.

Au point de vue nerveux, les incisions vraiment transversales sont parfaites ; elles respectent les nerfs des droits dont la direction est transversale. L'incision courbe l'est moins. Elle hérite partiellement des inconvénients des longitudinales pour ce qui est au moins de ses extrémités et fatalement elle coupe quelques filets nerveux.

L'incision longitudinale médiane est exsangue ou presque. L'incision courbe sectionne quelques vaisseaux, sans importance d'ailleurs, mais demande tout de même une hémostase soignée si l'on ne veut courir le risque d'un hématome.

Enfin, la question esthétique pure se discute, il est certain que la cicatrice de l'incision longitudinale est moins longue, plus régulière, plus linéaire ; mais nous avons vu par contre qu'au point de vue histologique pur, les fibres de la peau ayant une direction transversale, la réunion doit être meilleure et la cicatrice s'effacer plus rapidement.

Ceci étant sujet bien éclairci, quelles seront les indications à l'emploi de pareille incision ? Doit-on la réserver à certains cas bien limités ?

## CHAPITRE VI

### Indications

Nous avons essayé de faire ressortir de ce travail que l'incision en volet devait être employée toutes les fois que l'on intervenait sur l'étage sus-mésocolique parce que plus que toute autre elle donnait un jour plus large sur l'estomac et permettait aussi le travail sur tous les organes de la région. Nous n'avons pas caché, par contre, qu'il s'agissait d'une incision longue, paraissant plus que n'étant réellement délabrante.

De ceci nous déduisons que lorsqu'on intervient sur un estomac, bien décidé à l'avance à faire une simple gastro-anastomose sans chercher à voir plus largement, il est plus rationnel d'employer l'incision longitudinale médiane que l'on pourra faire plus courte et qui tout de même sera plus esthétique, mais pas toujours moins dangeureuse au point de vue événtration ultérieure. Mais là seulement nous limitons les indications de l'emploi de l'incision en volet, qui dans tous les autres cas où l'on intervient sur des organes de la région sus-mésocoliques et l'estomac en particulier, est appelé, nous le croyons, à rendre de réels services.

### OBSERVATION I (personnelle)

M. P....., 43 ans, maréchal.

1<sup>er</sup> septembre 1921. — Pas de maladie antérieure, nie tout éthylisme et toute syphilis. Très nerveux, il

souffre de l'estomac depuis une dizaine d'années. Ces troubles gastriques ont été encore exagérés par un séjour en captivité. Le malade souffre par intermittences mais n'est jamais resté, surtout ces dernières années, plus de trois mois sans souffrir.

Les douleurs semblent procéder par crises qui durent pendant 5 à 6 jours de suite et sont alors à-peu près constantes et relativement peu influencées par l'alimentation. D'ailleurs, à ce moment là, le malade mange très peu. Ces douleurs siègent à l'épigastre, s'irradiant dans le dos et dans l'épaule droite. En dehors des crises douloureuses, phénomènes dyspeptiques banaux (lourdeur, pesanteur après le repas).

Vomissements assez fréquents en période de crise. Ils sont muqueux, peu abondants, soulagent le malade. Jamais de gastroragie.

Moélénas : se seraient produits à plusieurs reprises d'une façon très nette. Pas de troubles intestinaux. Bon état général.

Radioscopie : évacuation et forme normales.

Distension artificielle : limite inférieure de l'estomac normale. Aucun signe tabétique.

Diagnostic : ulcère probable de localisation pylorique.

7 décembre 1921, intervention. Incision courbe en volet dont le sommet se trouve à deux doigts de l'appendice xyphoïde. Les droits sont sectionnés en travers et l'incision les comprend complètement. On tombe sur le ligament rond du foie qui est sectionné sans grosse hémorragie. L'estomac se présente ainsi de lui-même, s'exteriorise tout seul dans toute son

étendue sans donner issue aux anses intestinales. On ne voit d'abord nulle trace d'ulcère, cependant sur la face supérieure et antérieure du pylore, une cicatrice peu marquée. On pratique alors une large gastrotomie sur anse pylorique ; à travers elle on voit le pylore qui est sain, mais il semble qu'il y ait quelque chose sur le versant duodénal ? On referme l'incision et on fait une gastro postérieure transmésocolique.

Fermeture de la paroi très facile ; le volet rabattu, les lèvres d'ouverture viennent en contact. Suture en un plan aux crins de Florence.

25 septembre. — Suites opératoires aseptiques, la paroi paraît solide, aucune expansion à la toux. Les droits se contractent bien. Le malade sort de l'hôpital.

## OBSERVATION II (personnelle)

M. R....., 54 ans, manœuvre.

Souffre de l'estomac depuis un an. Douleurs vives, vomissements quotidiens alimentaires assez abondants, gros amaigrissement. Moelenas net.

A l'examen, on sent une tumeur mobile sur la grande courbure avec ondes péristaltiques au-dessus. Petit ganglion sus-claviculaire gauche.

Diagnostic : cancer de l'estomac.

14 septembre 1921. Intervention par incision en volet. Sommet passant à trois travers de doigt de l'appendice xyphoïde. Les droits sont sectionnés ; le ventre ouvert, le jour est considérable. Résection gastrique facile. Fermeture des deux bouts et rétablissement par Billroth. Suture de la paroi en un plan aux crins de Florence.

Suites aseptiques : la paroi paraît solide.

5 octobre. Le malade passé dans un service de médecine meurt de pneumonie. L'autopsie montre une paroi bien cicatrisée dans ses différents plans. Pas d'éventration.

### OBSERVATION III (D<sup>r</sup> Leclerc)

Mme X....., 60 ans.

N'a jamais été malade. Toujours bon appétit, grosse mangeuse et a toujours bien digéré. Interrogée sur le début de son affection, dit n'avoir jamais souffert. Il y a un an, vomissements abondants après un purgatif. Depuis, plus rien. Ne s'aperçoit qu'incidemment que son creux épigastrique grossissait et se durcissait. Son médecin l'envoie consulter un chirurgien pour une grosse tumeur probablement néoplasique de l'estomac.

A l'inspection en effet : masse énorme dans le creux épigastrique débordant transversalement dans les hypocondres. On hésite à poser un diagnostic puisque la malade affirme n'avoir jamais souffert de son estomac. Gros appétit et digestions parfaites, dit-elle.

18 novembre. — Laparotomie par incision oblique en voilet qui permet d'enucléer aisément une masse transversale énorme. Toute autre incision eut rendu impossible l'issue hors du ventre de cette tumeur transversale prenant toute la grande courbure, faisant bomber en haut le diaphragme, accolée au colon, épiploon, vésicule et foie. La masse est tellement volumineuse, dure et adhérente à tous les organes du

voisinage qu'elle semble englober que l'on juge impossible et inutile de pratiquer une simple gastro. La résection encore plus est impossible.

La fermeture malgré le volume de la masse est facile.

Surjet péritonéal au catgut, crins pour le reste de la paroi.

25 novembre. Les agrafes sont enlevées. Suites aseptiques. La suture est parfaite, la solidité de la paroi est bonne.

#### OBSERVATION IV (D<sup>r</sup> Leclerc)

Mme M....., 61 ans.

Souffre de l'estomac depuis 4 ans. Douleurs violentes dès que celui-ci contient quelque aliment, s'accompagnant de pesanteur et de ballonnement avec sensation de faim persistante, mais l'ingestion d'aliments n'amène aucun soulagement. Pas de douleurs en broche, jamais de vomissements. La malade, après avoir essayé un peu de tous les médicaments n'est pas soulagée. En juin dernier, les douleurs s'accroissent. Amaigrissement de 4 kilogs.

La radio montre un estomac qui se vide mal et est abaissé.

28 novembre. — On se décide à intervenir. Comme les symptômes ne sont pas très précis et que le diagnostic n'a pu être posé nettement, on emploie l'incision oblique en volet pour permettre un examen plus large. Cette incision est faite un peu basse à cause de la ptose de l'estomac. Dès que le péritoine est incisé,

estomac et épiploon s'énucléent brusquement à travers l'incision et s'étalent sur le champ opératoire. On ne trouve qu'une bride épiploïque qui sangle la région pylorique. On reséque cette bride et on fait une gastro-entérostomie. Péritonisation très facile au catgut. On refait le plan musculo-aponévrotique aux crins, la peau avec des agrafes.

5 décembre. On enlève les agrafes. Suites aseptiques. La paroi est solide.

---



## CONCLUSIONS

---

1° Pour certaines interventions dans la chirurgie de l'estomac, les incisions longitudinales (longitudinale médiane en particulier) et même les incisions transversales ne donnent pas sur cet organe un jour suffisant à moins de les étendre considérablement, ce qui ne va pas sans graves inconvénients au point de vue solidité de la paroi.

2° L'incision « transversale en volet » décrivant un arc de cercle à grand rayon et permettant de rabattre un volet de la paroi, donne un très large accès sur l'estomac et aussi sur les hypocondres, droit et gauche, permettant ainsi de travailler si c'est nécessaire sur tous les organes de l'étage sus-mésocoliques.

3° Elle a encore l'avantage de faciliter le travail ultérieur en ce sens que l'estomac se présente de lui-même hors la cavité abdominale et se présente seul, la masse intestinale est retenue et sanglée par l'ensemble intact de la paroi.

4° La fermeture du ventre est très facile ; il n'y a aucune rétraction ni du péritonite, ni des muscles ; le volet rabattu, les lèvres de la plaie viennent bord à bord sans aucune traction.

5° Les résultats ultérieurs paraissent bons au point de vue de la solidité de la paroi, qui n'est pas compromise.

6° C'est seulement dans les cas très limités, où d'avance on est décidé à faire une simple gastroanastomose sans désirer faire une exploration plus large de l'estomac, qu'il sera préférable d'employer l'incision longitudinale médiane plus esthétique et plus exsangue. Dans toutes les autres interventions de l'étage sus-mésocolique l'incision en volet paraît devoir rendre de très réels services.

Vu ;  
*Le Doyen,*  
LÉPINE.

*Le Président de la Thèse,*  
BÉRARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon. le 14 décembre 1921.

*Le Recteur,*  
*Président du Conseil de l'Université,*  
JOUBIN.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

BILLROTH. — Résections de l'estomac.

CONSTANTINI. — Splénectomie p. toraco-phreno-laparatomie.  
(*Société chirurgicale, Paris 1920. Rapport de M. Anselme Schwartz, page 279.*)

CORYLLOS. — L'incision transversale sus-pubienne en gynécologie. (*Revue de gynécologie et de chirurgie Abel 1911.*)

KUSTNER. — L'incision sus-pubienne dans les laparotomies basses. (*Monnot schr Gynécologie 1903.*)

LE GUENNOG. — Contribution à l'étude de la laparotomie par le procédé de Pfannenstiel. (*Thèse Bordeaux 1906.*)

POLOSSON. — De l'incision transversale, etc. (*Lyon Chirurgical 1906, n° 10. Revue chirurgicale gynécologie 1906.*)

ROUSSEAU. — Les incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale. (*Thèse Paris 1903.*)

SPRENGEL. — (*Congrès allemand de chirurgie 1912.*)

VERHOOGEN. — Les incisions transversales dans la chirurgie de l'abdomen. (*Congrès français de chirurgie 1913.*)

## TRAITÉS

---

TESTUT ET JACOB. — Anatomie topographique.

POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.

KOCHER. — Médecine opératoire.

MONOD ET VANVAERTS. — Technique chirurgicale.





